Dr MARCELINO HERRERA VEGAS
Miembro titular de la Academia de Medicina; Profesor suplente de clínica quirúrgica
Cirujano del servicio de pediatría del hospital de Clínicas

Y

Dr JOSÉ M. JORGE (HIJO)
Cirujano agregado al servicio de pediatría del hospital de Clínicas

23,

PIONEUMOQUISTES HIDÁTICOS

DEL HIGADO



BUENOS AIRES
IMPRENTA DE CONI HERMANOS
684, PERÚ, 684

1910

Dr MARCELINO HERRERA VEGAS
Miembro titular de la Academia de Medicina ; Profesor suplente de clínica quirúrgica
Cirujano del servicio de pediatría del hospital de Clínicas

Y

Dr JOSÉ M. JORGE (HIJO)
Cirujano agregado al servicio de pediatría del hospital de Clínicas

---

PIONEUMOQUISTES HIDÁTICOS

DEL HIGADO



BUENOS AIRES
IMPRENTA DE CONI HERMANOS
684, PERÚ, 684

1910



PIONEUMOQUISTES HIDÁTICOS

DEL HÍGADO

El estudio de los quistes hidáticos es siempre interesante entre nosotros, pues constituye una de las afecciones más difundidas en el inmenso territorio de esta república, país ganadero por excelencia, que lo coloca en primer término quizás con Islandia y Australia, dos tierras clásicas del equinococo.

Desde la aparición de los primeros casos en el hombre allá por el año 1870 los quistes hidáticos han seguido una progresión verdaderamente alarmante que ha sido estudiada por uno de nosotros en compañía del profesor Cranwell en libros y una serie de publicaciones, al mismo tiempo que hemos señalado las medidas profilácticas tendientes á evitar la infestación creciente.

Nuestros archivos de cirugía infantil registran un total de 105 enfermos afectados de quistes hidáticos con las localizaciones más varias del parásito, lo que nos ha permitido formar un criterio propio acerca de la marcha, tratamiento, etc., de estos quistes parasitarios.

Sin entrar en consideraciones especiales sobre la técnica, etc., que debe observarse en lo que se refiere á su tratamiento, podemos decir que son dos los métodos que se usan corrientemente en la práctica. El primero, más antiguo, consiste en drenar durante un tiempo más ó menos largo la cavidad que queda una vez eliminada la membrana madre y su contenido; este método llamado marsupialización, nació en Francia y se perfeccionó después en Alemania gracias á los progresos de la cirugía. El segundo ensayado recién en 1883 por Knowsly Thornton, fué adoptado por muchos cirujanos en Australia desde 1892 y vulgarizado entre nosotros por Posadas, proponiéndolo como método de elección en los quistes limpios; consiste en extraer la membrana madre, abandonando la bolsa quística después de su oclusión.

La marsupialización, empleada al principio en todos los casos, en épocas en que se temían las infecciones peritoneales, ha ido reduciendo el campo de sus aplicaciones á causa de los inconvenientes que presenta (colerragia, supuraciones, fístulas, etc.), quedando hoy limitada su indicación á los quistes supurados, á aquellos de líquido francamente biliar, con vesículas hijas abundantes ó á las de paredes rígidas y degeneradas (1).

En cuanto al método de la oclusión sin drenaje, llamado también por algunos *método australiano,* debe emplearse no sólo en aquellos casos de líquido límpido (cristal de ro-

(1) Cranwell y Herrera Vegas. *Tratamiento de los quistes hidáticos.* Informe presentado al congreso internacional americano de medicina é higiene de 1910.

ca), sino también, como ya lo hizo notar el profesor Posadas en los de contenido ligeramente teñido por la bilis.

Dejando de lado las complicaciones que pueden presentarse en los quistes no operados como en los marsupializados, vamos á estudiar una complicación que ocurre con poca frecuencia en los quistes ocluídos : nos referimos á la reproducción del líquido con desarrollo de gases en su interior. Este fenómeno fué observado la primera vez por nosotros en un enfermito de 11 años, procedente de Lobería, provincia de Buenos Aires, que ingresó al servicio el 3 de febrero de 1905 con un quiste hidático del hígado, que fué operado por el método de la oclusión. Dos meses después de intervenido el enfermito presentó un abovedamiento de la región operada motivado por un derrame pioneumico en la cavidad del quiste, que obligó á una nueva intervención (1).

Ese mismo año uno de nosotros publicó una estadística comentada del servicio de cirugía de niños del Hospital de Clínicas, y al estudiar la cuestión del tratamiento de los quistes hidáticos del hígado, refiriéndose á este enfermito dijo textualmente lo siguiente : « En un caso operado últimamente en el servicio por el método de la sutura sin drenaje el cual parecía sano, lo sometimos al examen por los rayos X y en la radioscopía pudimos ver perfectamente que el quiste estaba lleno de líquido, el cual se movía imprimiendo sacudidas al enfermo. Además en la radiografía se veía el diafragma levantado del lado del quiste (lado derecho) y una gran zona obscura limi-

(1) Véase nuestra primera observación.

tada hacia arriba por una línea horizontal como en los derrames pleuríticos. Creemos que este es el verdadero criterio para saber si un quiste tratado por el procedimiento de la sutura sin drenaje está ó no curado» (1). Al año siguiente, en diciembre de 1906 aparece un artículo de Cerné (de Rouen) (2), en el cual se ocupa de un caso semejante al nuestro, haciendo un estudio detallado con comentarios oportunos sobre esta interesante complicación.

En el año 1907 el profesor Devé (de Rouen) (3) publica un trabajo completísimo sobre los quistes hidáticos gaseosos del hígado, para los que propone el término de *neumoquistes*. Nosotros, teniendo en cuenta que generalmente las formaciones gaseosas son originadas por líquidos purulentos de virulencia más ó menos atenuada, preferimos la denominación de *pioneumoquistes.*

En el año 1910 presentamos una comunicación á la Sociedad médica argentina (4) en la sesión extraordinaria que tuvo lugar en honor de los delegados extranjeros con motivo del centenario de nuestra independencia y más

(1) MARCELINO HERRERA VEGAS, *Estadística del servicio de cirugía del Hospital de Clínicas,* página 28. imp. de Coni hermanos, Buenos Aires, 1905.

(2) CERNÉ (de Rouen), *Vaste kyste hydatique reduit sans drainage : pneumatose intrakystique post-opératoire compliquée de cholerragie septique, ponction, guérison. Bull. et mém de la Soc. de Chir. de Paris.* Décembre, 1906.

(3) DEVÉ (de Rouen), *Les kystes hydatiques gazeux du foie. Revue de Chirurgie.* 1907.

(4) HERRERA VEGAS y JORGE. *Pioneumoquistes hidáticos del hígado.* Comunicación á la Sociedad médica argentina en su sesión extraordinaria del 20 de Mayo de 1910.

tarde uno de nosotros hizo una relación sobre este mismo tema á la Academia de medicina (1) en su sesión del 27 de agosto.

En los quistes hidáticos del hígado tratados por el método de la oclusión, la marcha es generalmente favorable como se desprende de nuestra estadística (2), en que figuran 46 casos con 3 muertes, de los cuales uno muerto de bronconeumonía, otro con quistes múltiples del hígado que sucumbió á una peritonitis consecutiva á un quiste profundo supurado mucho tiempo después de la intervención, y por último otro que sucumbió á un mal de Pott cervical.

Pero en algunos enfermos se observa una ligera ascensión térmica que dura varios días, para normalizarse después terminando en una curación definitiva. Este accidente febril puede presentarse aun en quistes con contenido (cristal de roca) y es debido á infecciones atenuadas, como lo ha demostrado entre nosotros el profesor Viñas (3) que ha encontrado en el líquido y en la periquística gérmenes patógenos, entre los que enumera: *colli communis*, *strepto* y *staphylococcus*.

Sin embargo, no siempre los quistes ocluídos siguen esta marcha favorable, y aunque el estado febril desaparece, la cavidad, asiento de un derrame, es distendida por

(1) Herrera Vegas, *Pioneumoquistes hidáticos del hígado*. Communicación á la Academia de medicina, en su sesión del 27 de agosto de 1910.

(2) *Archivos de cirugía infantil* (Sala de niños del Hospital de Clínicas).

(3) Marcelo Viñas, *Bacteriología de los quistes hidáticos*. *Revista de la Sociedad médica argentina*, vol. VIII, página 181. 1900.

gases desarrollados en su interior, que dan lugar más tarde á síntomas más ó menos alarmantes, como pudimos comprobar en nuestra primera observación.

Estos derrames, debidos principalmente á la septicidad de la bilis, en la que se encuentra como huésped habitual el colibacilo, son capaces, en ciertas condiciones, de producir gases que son precisamente la característica de esta complicación. Además como microorganismos anaerobios, Gilbert y Lippmann (1) han podido cultivar tres especies: el *streptococcus tenuis*, el *staphylococcus parvulus* y el *bacillus nebulosus*, habiendo constatado la ausencia de todo gérmen aerobio, aunque no es necesaria la presencia exclusiva de estos microorganismos para producir gases, desde que se ha comprobado experimentalmente que bacterios que dan lugar á supuraciones banales, transportados á otros órganos, pueden originar en circunstancias especiales procesos gangrenosos, á veces muy graves (2).

La presencia de gas en algunos de estos quistes cerrados ha querido ser referida á la penetración del aire atmosférico durante el acto operatorio, especialmente en aquellos de la cara convexa del hígado más ó menos adheridos á la cúpula diafragmática. El aire atmosférico penetraría dentro del quiste merced á los movimientos respiratorios, principalmente en la expiración, y distendería sus paredes, produciéndose una respiración intraquística llamado por algunos traumatopnea. Cerné ha llegado á aconsejar

(1) Gilbert et Lippmann. *Bactériologie des cholécystites. Société de Biologie*, 1902.

(2) Guillemot, Hallé et Rist. *Archives de méd. expérimentale*. página 713. 1904.

procedimientos que tendrían por objeto luchar contra la distensión de la bolsa quística, por el aire recomendando la extirpación del reborde costal á fin de poder aplastar las paredes de la bolsa, ya que no es posible exprimirlo, desde que en la mayoría de los casos se trata de quistes subdiafragmáticos.

Nos parece que se exagera la acción que puede tener el aire atmosférico, desde que según los datos experimentales que poseemos, éste debe reabsorberse en un tiempo más ó menos largo, después de ceder su oxígeno, cargándose del gas carbónico que á su vez será llevado junto con el ázoe fuera de la bolsa que lo aloja.

Por otra parte, hemos operado muchos quistes hidáticos por el procedimiento de la oclusión y en casi todos ellos podemos afirmar que ha quedado una cierta cantidad de aire en su interior, lo que no ha influído en lo mínimo para que su curación fuera definitiva y el gas encerrado en el acto operatorio jamás ha dado manifestaciones de ningún género, concluyendo por desaparecer en un tiempo variable, como lo hemos constatado por radioscopías *a posteriori*.

¿ Por qué entonces estamos autorizados á acusar á este agente como un causante de los quistes hidáticos gaseosos ? ¿ Cómo explicar que el aire en vez de reabsorberse aumente distendiendo progresivamente las paredes del quiste, encontrándose la bolsa quística completamente cerrada ?

Si recorremos nuestra estadística observamos que solo tres veces hemos notado el desarrollo de gases en quistes ocluídos, acompañándose al mismo tiempo de un derrame

más ó menos abundante, y de estos tres enfermos sólo uno habría podido ser mal interpretado, si no hubiéramos hecho un examen escrupuloso y detenido; en los otros dos los caracteres del gas lo encuadraba entre las emanaciones de los productos anaerobios.

No es, pues, necesario invocar los microorganismos del aire para explicar la producción de las supuraciones gaseosas intraquísticas desde que excluídas las infecciones originadas por una bilis séptica de que ya hemos hablado como la causa más general, quedarían las infecciones llevadas por una técnica defectuosa ó por el material de sutura (catgut), que ya ha sido establecido por algunos.

Otra consideración que merece hacerse, es saber si el formolaje tiene alguna acción en la producción de estos derrames. Nuestras estadísticas muy recientes respecto al tratamiento por el método de Quenu, nos impiden sacar conclusiones definitivas, haciendo notar, sin embargo, que los dos últimos casos que presentamos con esta complicación habían sido tratados por el formolaje.

¿Qué síntomas presentan estos quistes en los que se ha producido un desarrollo de gases en su cavidad? Como se ve por las historias que transcribimos, el tiempo en que se observan las primeras manifestaciones es variable, siendo más benignos aquellos en que aparecen precozmente que en los que son tardíos.

La marcha es en general la siguiente: Después de una ligera elevación de temperatura ó sin ella, el enfermo pasa unos días en aparente bienestar, tanto que como sucedió en uno de nuestros enfermos, se le da de alta y se va á su casa para entregarse de nuevo

á sus ocupaciones. Pero después de un tiempo variable, según los casos, el paciente no se siente bien, tiene fiebre por la tarde, transpiración y ligeros dolores en la región operada con irradiaciones á la espalda, del mismo lado, que lo obligan á recurrir de nuevo al médico. En el examen se nota un abovedamiento de la región operada con distención de la cicatriz; á la palpación se percibe un aumento de la temperatura local en el sitio del quiste; el corazón está rechazado á la izquierda y la punta late muy por fuera de la línea mamilar y tanto más cuanto mayor es el derrame. En algunos casos hay taquicardia y una disnea que á veces es muy acentuada, como ocurrió en la enferma de nuestra segunda observación. En la percusión se obtiene un sonido timpánico franco contrastando con la matitez hídrica ó hepática que naturalmente se confunden la una con la otra. En los casos de gran derrame líquido, imprimiendo sacudidas al enfermo se obtiene la sucusión hipocrática que en algunos casos, como sucedió en nuestra segunda observación, se puede oir á cierta distancia por las personas que rodean al paciente, y á la auscultación signos anfóricos y ruído de retintín metálico. Como sucede en todos los derrames hidronéumicos, la posición del líquido cambia con las diferentes actitudes del enfermo, y por lo tanto, la percusión corrobora estas relaciones distintas entre las zonas mate y timpánica (fig. 1 y 2).

Por el examen actinoscópico se puede apreciar un levantamiento marcado del diafragma del lado operado limitado por una línea curva con convexidad superior negra y de contornos muy netos. Por debajo de ella una zona clara

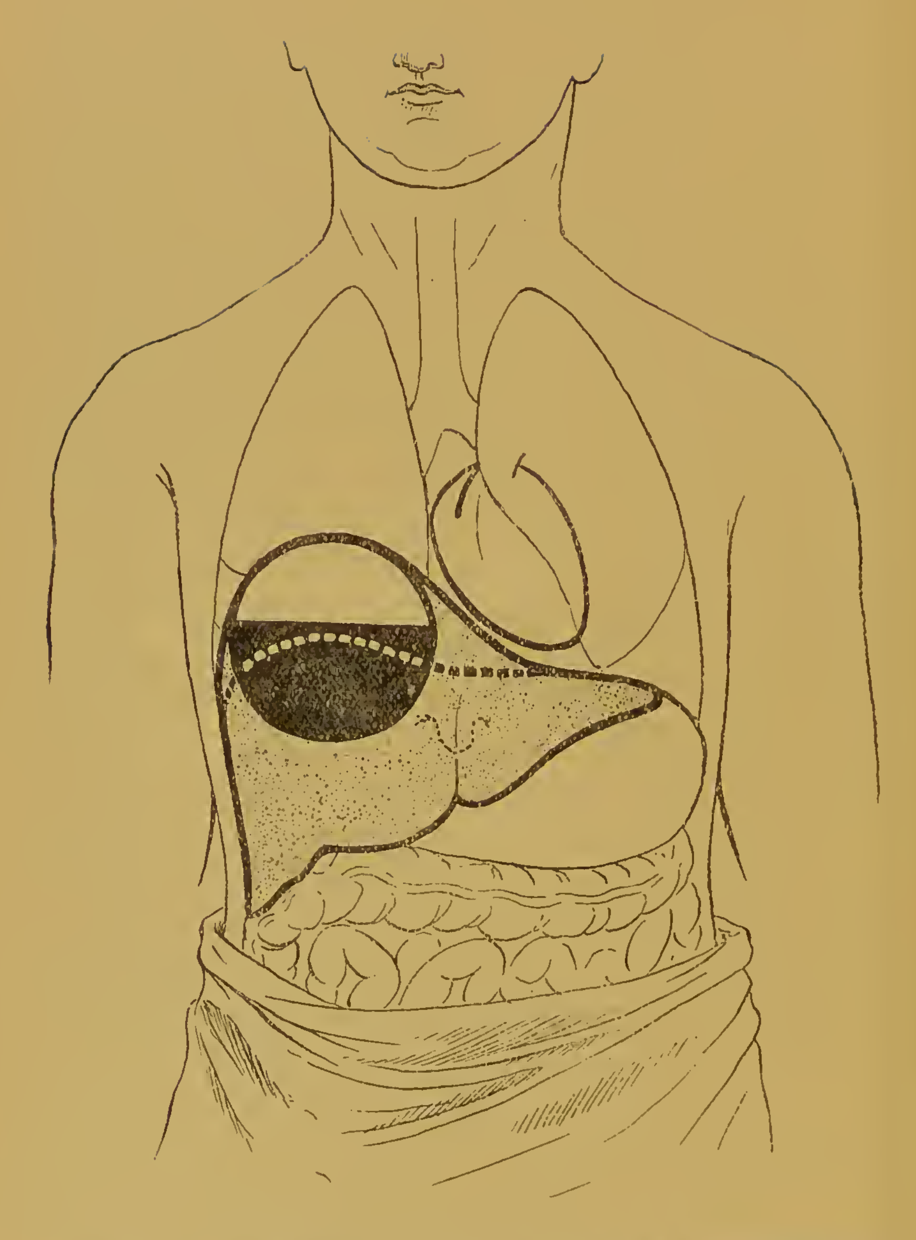


Figura 1. — Pioneumoquiste de la cara convexa del higado (lobulo derecho).
El enfermo estando de pié (esquema)

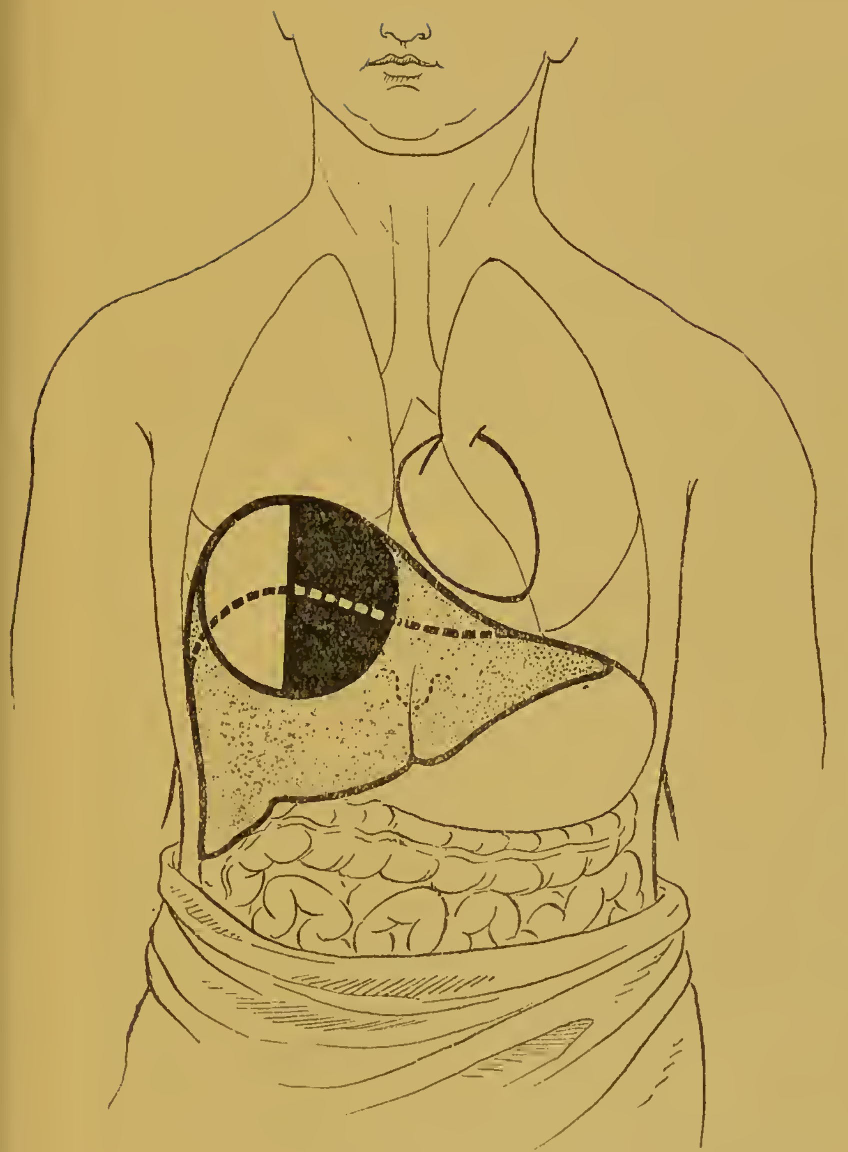


Figura 2. — Pioneumoquiste de la cara convexa del higado (lobulo derecho). El enfermo estando en decubito lateral izquierdo

más ó menos extensa debido á los gases formados dentro del quiste, zona que hacia abajo está limitada por una sombra negra, que se confunde con la obscuridad hepática con su límite superior horizontal que corresponde al líquido derramado, como sucede en los derrames pleuríticos. Moviendo ligeramente el enfermo, la masa líquida se desplaza y se ven pequeñas olas que saltan y van á mojar las paredes de la bolsa quística.

Abandonados á sí mismos, estos derrames pioneumicos tienen una marcha muy desfavorable, pues el enfermo se caquectiza con el tiempo, estando expuesto á las rupturas de la bolsa en los órganos vecinos, con todas sus terribles consecuencias.

La conducta del cirujano en estos casos debe ser dar salida lo más pronto posible al líquido y á los gases. Dos métodos se presentan á su elección: la punción seguida de aspiración ó bien la incisión y el drenaje consecutivo.

Si hemos de atenernos á nuestra práctica personal, creemos que cuando el enfermo lo permite debe recurrirse á la punción con un trócar mediano, seguida de la aspiración con un aparato de Potain ó Dieulafoy, y sólo en casos excepcionales, como en nuestra segunda observación, en que se produjo un síncope grave, uno se ve obligado á practicar inmediatamente la incisión amplia para dar salida al líquido y á los gases que distienden de una manera exagerada la bolsa parasitaria.

Pero como puede deducirse de los casos que presentamos, en el tratamiento de los pioneumoquistes, nada supera á la punción seguida de aspiración, con la que se

cura al enfermo en el menor tiempo posible, evitando todos los inconvenientes de la marzupialización.

Nuestro tercer enfermo se curó con una sola punción, como se pudo comprobar con el examen á la pantalla; en cambio, la enferma de nuestra segunda observación estuvo durante tres meses con su drenaje.

Como medida profiláctica le atribuímos poca importancia á la propuesto por Delbet de hacer la aspiración del aire contenido en el quiste antes de colocar el último punto de sutura en la bolsa, pues creemos que la infección por el aire tiene poca importancia en las supuraciones quísticas postoperatorias, basándonos en el gran número de intervenciones que hemos practicado en los quistes hidáticos del hígado con una estadística de resultados satisfactorios en la oclusión inmediata.

OBSERVACIONES

I

Bartolo González, 11 años, argentino, procedencia: Lobería (provincia de Buenos Aires). Diagnóstico: Quiste hidático del hígado; ingresó al servicio el 8 de febrero de 1905.

Hace siete años que los padres le notaron una falta de apetito que coincidía con un fuerte dolor intermitente en el hipocondrio derecho. El vientre era blando y algo distendido, no manifestando gran dolor á la palpación. Hace cinco años se le notó un pequeño tumor inmedia-

tamente por debajo de la novena costilla sobre la línea mamilar. El tumor fué paulatinamente aumentando de volumen, acusando, á veces, dolor espontáneo. Durante todo el curso de su enfermedad, el paciente ha estado sometido al uso de remedios caseros sin que éstos hayan modificado en lo mínimo el desarrollo del tumor.

Estado actual. — Niño con escaso panículo adiposo y con esqueleto bien desarrollado, se presenta disnéico con su vientre enormemente aumentado de volumen y sus arcos costales inferiores distendidos y echados hacia fuera, produciendo un gran ensanchamiento de la base del tórax. En la inspección se nota un abovedamiento muy marcado de la mitad derecha del tórax y del abdomen del mismo lado. En la palpación se percibe un tumor duro, liso, redondeado, que ocupa el hipocondrio derecho, epigastrio y parte del hipocondrio izquierdo, el cual obedece á los movimientos respiratorios. En la percusión se obtiene un sonido mate en toda la extensión del tumor, que se continúa con la matitez del hígado, y el dedo percibe una sensación análoga á la que daría la percusión de una masa de gelatina. El borde inferior del lóbulo derecho que desciende hasta el límite de la fosa ilíaca es cortante é irregular. El límite superior del hígado llega á la tercera costilla, produciendo un levantamiento de los arcos costales.

En las grandes inspiraciones este límite desciende más ó menos un centímetro. La piel que recubre esta región es tensa, brillante y con algunas ramificaciones venosas bien visibles.

Nada de anormal del lado del aparato respiratorio. El

corazón está rechazado á la izquierda y el choque de la punta se siente por fuera de la línea mamaria.

Operación. — 16 de febrero. Laparotomía mediana supraumbilical; se llega á un enorme tumor que ocupa todo el lóbulo derecho, rechazando el diafragma en una fuerte convexidad hacia arriba. En cuanto al borde inferior del hígado, que llega casi hasta la fosa ilíaca derecha, es constante y de superficie granulosa. Se incinde el quiste y se recoge una gran cantidad de líquido claro (cristal de roca) y fértil. Se extrae la membrana madre y se seca la cavidad; cierre del quiste; sutura de la pared en dos planos y ganchos de Michel para la piel.

Febrero 22. Se sacan los ganchos de Michel; curación *per primam*. El enfermo desde el día de la operación no ha tenido fiebre y su estado general es bueno.

Marzo 15. Se retira el vendaje; la herida está perfectamente cicatrizada; el hígado ha vuelto á su posición normal, no hay sensibilidad alguna en la región operada.

Abril 20. Vuelto á examinar de nuevo el enfermo, se nota un abovedamiento en el hipocondrio derecho y un levantamiento de la cicatriz que aparece distendida.

Abril 25. — El enfermo tiene disnea marcada, fiebre de 39 grados y sudores de noche. En la palpación se siente el corazón fuertemente rechazado á la izquierda. El estado general ha empeorado y el abovedamiento del hipocondrio ha aumentado. En estas condiciones se le somete á un examen radioscópico que da el siguiente resultado: el diafragma del lado derecho rechazado hacia arriba con una zona clara debajo de él, seguida de una sombra obscura limitada arriba por una línea horizontal. Al

imprimir movimientos al enfermo pudimos constatar que la línea horizontal se movía, como se observa en los derrames en general.

Abril 26. Se incinde y se abre nuevamente el quiste siguiendo la cicatriz, saliendo gran cantidad de gases fétidos y de líquido purulento; se deja un amplio drenaje.

Abril 28. Se produce una colerragia abundante que empapa el vendaje.

Mayo 30. La bilirragia continua abundante á pesar de diferentes tratamientos á que ha sido sometida la cavidad.

Julio 2. El enfermo sigue con gran colerragia; el estado general empeora visiblemente, la disnea es muy grande, tiene fiebre y sudor nocturno. En el examen se nota matitez hídrica del lado izquierdo del tórax, alejamiento del murmullo vesicular, bronco y egofonia. Al mismo tiempo hay aumento de la matitez cardíaca y sus tonos se perciben muy debilitados.

En vista del mal estado general del paciente se le practica una punción que da salida á un líquido purulento.

Agosto 1°. El enfermo sigue mal á pesar de dos nuevas punciones que se le han practicado. Su estado general es muy malo, sigue la fiebre y el sudor nocturno y en este agotamiento progresivo se presentan algunos focos de bronconeumonia que provocan un desenlace fatal que ocurre el 11 de agosto.

En la autopsia se constata una bronconeumonia del pulmón derecho, atelectasia pulmonar, pleuresía fibrino-purulenta del lado izquierdo, pericarditis fibrino-purulenta. miocarditis y sobrecarga grasosa del corazón. Quiste hidático del hígado (operado), adherido al diafragma, del

tamaño de una naranja, que comunica con el exterior mediante un trayecto fistuloso que llega al epigastrio.

II

Aurora S. M., 14 años, procedencia: Salto Oriental; diagnóstico: quiste hidático del hígado; ingresa al servicio el 28 de febrero de 1909.

Desde hace cuatro ó cinco meses la enferma nota pequeños dolores localizados en la región del hipocondrio derecho con irradiaciones hacia el hombro del mismo lado que han ido en aumento, acompañándose más tarde de un abovedamiento marcado en el sitio del dolor, por lo que ha venido á consultarnos. Dice no haber tenido perturbaciones del lado del aparato digestivo, ni urticaria, ni ictería.

Estado actual. — Enferma con buen estado de nutrición y esqueleto bien desarrollado, presenta á la inspección el hipocondrio derecho y el epigastrio abovedados y los últimos espacios intercostales ensanchados. No se observa red venosa aparente. Los movimientos respiratorios permiten apreciar el desplazamiento de la elevación ya mencionada.

En la palpación se nota el hígado grande y descendido y la mano percibe bien su límite inferior que al nivel de la línea mamaria está situado sobre la horizontal que pasa por el ombligo. El borde inferior del hígado, de consistencia normal, no está engrosado y obedece á los movimientos respiratorios. Durante este examen no se des-

pierta sensibilidad especial y sólo á presiones fuertes la enferma acusa dolor. En la percusión se obtiene una matitez absoluta en el sitio ocupado por el tumor que llega hacia arriba formando una línea de convexidad superior, cuyo límite extremo está en el tercer espacio intercostal al nivel de la línea mamilar; sobre la línea axilar éste límite alcanza á la quinta costilla, para descender al nivel de la línea escapular hasta la horizontal que pasa por la décima apófisis espinosa. El límite inferior coincide con el ya descripto en la palpación, que al nivel del epigastrio se encuentra á dos traveses de dedo por encima del ombligo. El límite superior se modifica en las grandes inspiraciones. No hay fremito, así como tampoco el signo de Fiaschini-Santi. La percusión y la auscultación del tórax son normales.

La palpación, así como la percusión del bazo no revelan nada de anormal. El examen de la sangre da: 5.410.000 glóbulos rojos, 14.400 glóbulos blancos, 65 por ciento de hemoglobina. La fórmula leucocitaria es la siguiente: Polinucleares neutrófilos, 74,66 por ciento: eosinófilos, 2,66 por ciento; linfocitos, 19,66 por ciento, etc. La orina no muestra nada digno de mención. La reacción de anticuerpos hidáticos es positiva. En el examen radioscópico se nota el diafragma del lado derecho rechazado hacia arriba en una fuerte convexidad que llega, como hemos dicho, casi hasta la tercera costilla. En la expiración esta línea convexa se hace todavía más acentuada.

Operación. — Mayo 1° de 1909. Laparotomía mediana supraumbilical. Se punza el quiste con un trócar y se extrae con el aparato de Potain un litro y medio de líquido

límpido y verdoso, haciendo después el formolaje según el método de Quenu; acto continuo se incinde el quiste extrayendo la membrana germinativa. El líquido ligeramente teñido por la bilis no influye para tentar un cierre completo, desde que enjugándolo se consigue mantener seca la cavidad durante el tiempo empleado en las suturas. Cierre de la pared en dos planos fijando el quiste al peritoneo.

Marzo 2. Temperatura normal, pulso 100, lengua ligeramente húmeda, buen estado general.

Marzo 3. Mismo estado.

Marzo 4. La temperatura llegó á 39°; pulso 120; lengua saburral, dolor en el epigastrio, ligera cefalalgia frontal; se descubre la herida, que se encuentra en perfectas condiciones. Se prescribe un enema que hace descender la temperatura á 38°.

Marzo 5 y 6. La temperatura se mantiene por encima de 38°, el pulso oscila entre 100 y 120. El dolor del epigastrio ha desaparecido completamente y sólo queda una leve cefalalgia.

En la noche del 6 se prescribe un purgante salino.

Marzo 7. La enferma amanece sin temperatura; pulso 90; lengua húmeda y bienestar general.

Marzo 8. Temperatura y pulso normales; se sacan los puntos de sutura, la herida ha cerrado *per primam;* no hay dolor en ningún punto de la región operada, á pesar de las presiones hechas con el fin de buscar sensibilidad.

Marzo 20. La enferma ha seguido perfectamente y el examen de la región hepática no presenta nada de anormal.

Marzo 22. Sale de alta á su pedido.

El 2 de abril se presenta de nuevo en el servicio en un estado disneico, con temperatura alta (38°7), 130 pulsaciones, cianosis, malestar general y dolor en el epigastrio. Se nota el vientre abovedado, sobre todo al nivel del epigastrio, donde se ve la cicatriz ligeramente distendida. La región torácica inferior derecha levantada y la piel de estas regiones tensa y brillante. La palpación del vientre se hace con relativa facilidad, especialmente en la mitad inferior del abdomen. En la percusión se nota una sonoridad timpánica en toda la extensión del abovedamiento. Los espacios intercostales inferiores del lado derecho ensanchados y dolorosos; no hay renitencia. Haciendo sentar á la enferma puede delimitarse por la percusión una matitez absoluta que continúa la matitez hepática y que llega por su parte superior al borde inferior de la cuarta costilla, por encima de la cual se nota el timpanismo que en el decúbito dorsal ocupaba toda la región abovedada y que se diferencia bien de la sonoridad pulmonar.

El cambio de posición de la enferma ha producido disnea intensa con cianosis marcada. El corazón ascendido y rechazado á la izquierda tiene sus tonos normales.

El examen de los pulmones no revela nada importante; hay sucusión hipocrática que puede oirse á distancia, así como ruídos anfóricos y ruído de bronce.

El tinte de la piel es ligeramente ictérico, las orinas poco abundantes presentan pigmentos biliares. El examen de la sangre da: 4.000.000 de glóbulos rojos, 19.000 blancos y 50 por ciento de hemoglobina. La fórmula leucocitaria arroja: 72 por ciento de polinucleares, 4 por ciento formas de transición, linfocitos 19 por ciento, etc.

Llevada á la pantalla se nota una sombra obscura que llega hasta la cuarta costilla (límite superior de la matitez hepática al nivel de la línea mamilar), terminada hacia arriba por una línea perfectamente horizontal, encima de la cual se ve una zona clara de forma cupular más transparente que el pulmón normal limitado superiormente por el diafragma rechazado. Imprimiendo sacudidas á la enferma se ve salpicar el líquido contra las paredes del quiste distendido. Cambiando de posición á la enferma, el líquido ocupa siempre la parte más declive y la zona clara está por encima de ella. Este examen ha despertado en la enferma disnea intensa y cianosis marcada.

Operación. — Abril 2. Sobre la mesa de operaciones y estando la enferma sentada, se practica una punción con trócar en la zona mate, un poco á la derecha de la cicatriz, que da salida á una pequeña cantidad de gases fétidos y algunas gotas de líquido. Un síncope obliga á colocar la enferma en posición horizontal, y en vista de este accidente hicimos una incisión sobre la cicatriz que dió salida á una enorme cantidad de gases fétidos de olor sulfhídrico y líquido purulento ; se ensancha la abertura para vaciar completamente la cavidad, dejando un tubo de drenaje de vidrio.

La enferma es reanimada con inyecciones de éter, aceite alcanforado, etc., pero con todo esto su estado general no es satisfactorio.

Abril 3. La enferma, que ha dormido algunas horas, empieza á pronunciar algunas palabras, saliendo del estupor en que se encontraba. Por la noche, está reanimada y al día siguiente la situación se normaliza.

Abril 5. Se hacen dos curaciones diarias á causa de la gran cantidad de líquido que drena. El estado general mejora.

Abril 10. Las curaciones se hacen una vez al día.

Mayo 28. La herida está completamente cerrada. El estado general es bueno.

Junio 28. La región hepática se encuentra con sus límites normales; no hay dolor á la palpación ni á la percusión. El examen á la pantalla muestra los límites del diafragma normales, obedeciendo á las excursiones respiratorias. En este estado se le da el alta á su pedido.

La enferma examinada un mes más tarde presenta un buen estado general, habiendo aumentado de peso desde que salió del servicio.

III

Cristóbal L., 14 años, procedencia: Tres Arroyos. Quiste hidático del hígado; ingresa el 4 de abril de 1910.

El enfermo se presenta al servicio quejándose de dolores intermitentes en el hipocondrio derecho, con irradiaciones hacia el hombro del mismo lado. Su estado general es bueno y sus funciones se llenan normalmente.

En el examen se constata un gran abovedamiento del hipocondrio derecho, del epigastrio y del hipocondrio izquierdo. La piel tensa ostenta una red venosa marcada. En la palpación se puede apreciar el tumor redondeado y liso que se continúa con el hígado y que llega por su parte inferior á dos traveses de dedo por debajo del reborde

costal, hasta la línea mamaria izqnierda. Llama la atención una estrangulaeión al nivel del ligamento suspensor que divide el tumor en dos partes desiguales. Haeiendo presión sobre una de esas partes se percibe un levantamiento en la otra; este gran tumor se desplaza eon los movimientos respiratorios.

En la percusión el tumor es mate, y esta matitez se continua con la hepática, llegando hacia arriba al nivel de la línea mamaria á alcanzar el borde superior de la cnarta costilla. Sobre la línea axilar anterior al nivel de la quinta y en la línea escapnlar al ángulo del omóplato. El límite inferior eoineide con el obtenido por la palpaeión á saber: sobre la línea axilar anterior á dos traveses de dedo por debajo del reborde eostal, al nivel de la línea mamaria á euatro traveses de dedo del reborde costal, notándose al nivel de la línea media nna profunda escotadura de bordes lisos, cuyo vértice superior llega á dos traveses de dedo del apéndiee xifoides.

Del lado izquierdo, continuando el límite de la escotadura, el tumor se insinúa confundiéndose con la matitez esplénica y cardíaca. No hay fremito hidático.

La sensación de onda obtenida por la pereusión se transmite de la cara anterior del tumor á la posterior.

No se logra despertar dolor sobre el tumor ni en la percusión, ni en la palpación profunda.

El examen de los demás órganos no revela nada de importante. El examen de la sangre da el siguiente resultado:

Glóbulos rojos..............	4.560.000
Glóbulos blancos............	9.800
Hemoglobina...............	60
Polinucleares neutrófilos.....	64 °/o
Eosinófilos.............	5,66
Linfocitos..................	22,66
Formas de transición........	7,66

Examen de orina: no da nada importante.

Reacción de anticuerpos hidáticos, positiva.

En la pantalla se nota el diafragma rechazado hacia arriba dando una convexidad muy pronunciada que se mueve especialmente del lado derecho, ampliamente por los movimientos respiratorios.

Operación. — Abril 4. Incisión mediana supraumbilical de 8 centímetros; se llega al peritoneo, que se incinde, encontrándose un gran tumor estrangulado por el ligamento suspensor. El ángulo izquierdo del colon se encuentra adherido á la parte correspondiente del tumor.

Se punza con un trócar, extrayendo dos litros de líquido claro ligeramente citrino; se hace formolaje según la técnica de Quenu, y luego se incinde el quiste, extrayendo una colosal membrana germinativa; se limpia la cavidad y se ocluye totalmente fijándole al peritoneo parietal.

Abril 6. Las consecuencias operatorias fueron favorables. La temperatura y el pulso normales.

Abril 10. Se sacan los ganchos de Michel y la herida, perfectamente cerrada, hace presumir una curación definitiva, pues la región hepática se presenta aparentemente normal.

Abril 16. La temperatura y el pulso continúan nor-

males; el enfermo ha sentido un ligero dolor en la región epigastria; examinándolo se nota un abovedamiento del epigastrio é hipocondrio derecho, ligeramente timpánico é indoloro á la percusión. La herida se mantiene en perfecto estado.

Abril 18. El abovedamiento aumenta con dolor irradiado al hombro derecho y sin temperatura. No hay disnea ni desviación del corazón, cuya punta late en su sitio normal.

En el decúbito dorsal la zona abovedada es ligeramente timpánica; mientras que sentando al enfermo la percusión es mate hasta una horizontal que pasa por el apéndice xifoides, inmediatamente por encima de la cual aparece un timpanismo que llega hasta el cuarto espacio intercostal derecho. Las relaciones entre las zonas mate y timpánica cambian en las diferentes posiciones del enfermo. Hay sucusión hipocrática franca, ruído de bronce y ruído anfórico.

Examen de orina: no revela nada de importante.

En la radioscopia se observa una sombra obscura limitada por una horizontal en la parte superior y por encima de ésta una zona clara en forma de cúpula, en la cual se ve salpicar el líquido contenido en ella imprimiendo sacudidas al enfermo. La zona clara varía con los cambios de posición del paciente.

Las excursiones del diafragma (lado derecho) son mucho menos aparentes que en el lado izquierdo.

Operación. — Abril 18. Punción y aspiración con el aparato de Potain; estando el enfermo sentado se extrae 800 centímetros cúbicos de líquido obscuro color caoba espu-

moso, *inodoro,* y con grumos. El examen químico del líquido extraído da: albúmina, 32 por mil; urea, 3,78; fosfatos, 0,80; cloruros, 2,85; no se observan microorganismos, á pesar de lo cual se hacen cultivos.

Abril 19. El enfermo con buen estado general, sin temperatura y con pulso normal.

Abril 20. Los límites del tumor se mantienen reducidos después de la punción; temperatura y pulso normales.

Los cultivos han dado: como aerobios el estafilococo y el coli; como anaerobios: el *colli comunis* y el estreptococo.

Abril 30. El examen de la región da: límite superior del hígado en el cuarto espacio intercostal; límite inferior ligeramente descendido. La palpación, indolora, confirma el límite inferior del hígado obtenido por la percusión, percibiendo un borde algo engrosado.

En la pantalla, la bóveda diafragmática derecha se percibe á la altura normal, aunque una pequeña zona clara está interpuesta entre el músculo y el hígado.

IV

Cerné (de Rouen), *Vaste kyste hydatique reduit sans drainage; Pneumatose intrakystique post-opératoire, compliquée de cholerragie septique. Ponction. Guérison* (resumida). Mujer de carnicero, de 30 años de edad, sufre desde hace cinco años en el lado derecho del tórax y espalda correspondiente; hace 18 meses aumento de volumen del lado derecho; enflaquecimiento y palpitaciones hará cosa de

dos ó tres meses. Examen hecho por Devé el 21 de julio de 1906: Ampliación muy marcada de la mitad derecha del tórax (hemitórax derecho, 45 centímetros; íd. izquierdo, 41), ensanchamiento del reborde costal derecho; límite superior de la matitez hepática á tres traveses de dedo arriba del mamelón hasta el borde superior de la tercera costilla. El borde inferior desciende á la derecha hasta la cresta ilíaca, de allí dibujando una fuerte *encoche*, pasa horizontalmente á dos traveses de dedo arriba del ombligo. Lóbulo izquierdo hipertrofiado, alcanza al espacio de Traube que está mate. En la auscultación: frotes pleurales en la base derecha atrás y en el tercio inferior del pulmón derecho adelante, ausencia del murmullo á este nivel sin soplo, ni egofonia. Otra zona de frotes pleurales (lado izquierdo) por fuera de la punta del corazón. Corazón rechazado arriba y á la izquierda. La punta late en el cuarto espacio por fuera del mamelón; 61,7 por ciento (polinucleares neutrófilos); 6 por ciento (eosinófilos). La enferma entra al servicio de cirugía el 23 de julio de 1906. Por el examen lateral se ve que la bolsa está situada en la parte anterior del tórax y respeta atrás el seno diafragmático.

Operación. — Julio 31 de 1906. Incisión supraumbilical. La cara anterior del hígado adherida á la pared abdominal, salvo abajo; se sacan por punción cuatro litros de líquido limpio con arenilla hidática en suspensión. Al evacuar se produce cianosis, accesos de tos, que hacen suspender el cloroformo. Se inyecta litro y medio de formol durante cinco minutos. La noche de la operación, disnea intensa y 39° el tercer día; tos frecuente. En la aus-

cultación rales subcrepitantes y crepitantes en el pulmón derecho, atrás y en la axila; ninguna reacción peritoneal. El quinto día, además broncofonia y un soplo á timbre tubo pleurítico en la base derecha. El octavo día se sacan los hilos. En la exploración se nota un sonido timpánico sordo á la percusión en la región mamaria derecha; por encima, sonoridad pulmonar normal; matitez hepática rechazada en la vecindad del reborde costal. La auscultación de la región timpánica da: ausencia del murmullo con persistencia de frotes pleurales superficiales; soplo anfórico profundo, oyéndose sólo en las fuertes inspiraciones; timbre metálico de la voz y de la tos. La sucusión hipocrática da un *bruit de flot* anfórico perceptible á distancia, mientras que la mano aplicada contra la pared torácica percibe el choque del líquido. El nivel del líquido cambia con la posición del enfermo. Atrás matitez hasta la espina del omóplato, soplo tubario con rales subcrepitantes superficiales en la región infraespinosa; en la base matitez absoluta, vibraciones abolidas, silencio respiratorio. Por la sucusión se percibe el *bruit de flot* y hay ruído de bronce. Temperatura 38°, 39° por la tarde. Dos punciones muestran que no hay derrame y que todo depende de la bolsa quística. Á los catorce días después de la operación, punción en el séptimo espacio adelante, sale un litro de gases no fétidos y 200 gramos de líquido bilioso, color de garus, claro é inodoro. Después de la punción se retrae la zona timpánica y el borde del hígado remonta uno á dos traveses de dedo. El examen del líquido revela un estreptococo á pequeños granos, otro á gruesos granos y un estafilococo que toma el Gram. Las culturas

aerobias han dado estafilococo blanco y dorado, un estreptococo y bacilo coli. Á los 20 días de la operación, rales de bronquitis atrás en los dos pulmones. La bolsa quística está llena de líquido y gases ; escalofríos algunos días ; la fiebre sigue una marcha remitente. En la radioscopía, 28 de agosto, bolsa gaseosa esférica regular, tocando tanto el hígado como el tórax ; su mitad inferior ocupada por líquido. Ese día, segunda punción, salen gases y dos litros y medio de líquido bilioso, turbio, jugo de naranjas ; el último cuarto espeso, ocre, borra de cidra. Culturas aerobias (estafilococo blanco), culturas anaerobias (estafilococo blanco y colibacilo) ; timpanismo, disminuye ; *flot*, persiste ; temperatura, 38° ; á los diez días mejora el estado general. La bolsa disminuye pero poco, tanto que se le practica una tercera y última punción que da 50 centímetros cúbicos de gases y un litro y cuarto de líquido amarillo turbio opaco, borra de cidra, no fétido ; se hace una nueva radioscopia el 25 de septiembre ; sólo persiste á la derecha una pequeña bolsa de aire subdiafragmática con un poco de líquido. El 28 de noviembre, un último examen radioscópico muestra el diafragma de superficie regular y límites normales. Una obscuridad (espesamiento pleural) ocupa el seno costo-diafragmático que remonta hacia la axila.